

УДК 616.517-085.275.2

*М.Ю. Гаєвська***ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПСОРІАЗУ ІЗ
ЗАСТОСУВАННЯМ ГЛУТАРГІНУ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті представлено результати застосування в комплексній терапії хворих на псоріаз лікарського засобу “Глутаргін”, який володіє гепатопротекторною, дезінтоксикаційною та антиоксидантною дія-

ми, що сприяє покращанню клінічних наслідків лікування дерматозу, а також нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Ключові слова: псоріаз, лікування, Глутаргін.

Вступ. Підвищення ефективності лікування псоріазу є однією з найбільш актуальних задач сучасної дерматовенерології у зв’язку з поширеністю дерматозу (питома вага псоріазу в структурі патології шкіри сягає 7-9 %), його хронічним часто рецидивним перебігом, а також зростанням частки хворих із формуванням резистентності до засобів базової терапії, що є причиною зниження дієздатності та соціальної активності пацієнтів [6, 12, 15]. Все це визначає важливу медичну і соціальну значимість псоріазу та обґрунтовує необхідність розробки нових, більш ефективних способів його лікування та профілактики [4, 11, 12].

За даними сучасних досліджень, псоріаз – це дерматоз із складним багатофакторним патогенезом [6, 11, 14]. У розвитку й перебігу псоріазу істотне значення має генетична схильність, розлади нейроендокринної регуляції, зміни клітинної та гуморальної ланок системного імунітету, дисбаланс оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, а також порушення різних ланок обмінних процесів, зумовлених, зокрема, супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи, що обґрунтовує призначення в комплексній терапії дерматозу гепатопротекторних та антиоксидантних засобів [1-3, 13].

Мета дослідження. Покращити результати лікування хворих на псоріаз шляхом застосування в їх комплексній терапії лікарського засобу “Глутаргін” із гепатопротекторною та антиоксидантною діями.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебувало 47 хворих на псоріаз, з них 29 (61,7 %) чоловіків та 18 (38,3 %) жінок віком від 21 до 74 років з тривалістю дерматозу 3-25 років. Групу контролю склали 18 осіб подібного віку.

Для об’єктивної оцінки виразності клінічних проявів псоріазу та оцінки ефективності різних методів терапії дерматозу в пацієнтів визначали індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу – PASI за загальноприйнятою методикою [14].

У взятих на облік хворих на псоріаз визначали показники оксидантної системи крові: вміст в еритроцитах малонового альдегіду (МА) – одного з кінцевих продуктів перексидного окиснення ліпідів та рівень у сироватці крові середньомолекулярних пептидів (молекул середньої маси – МСМ) – маркерів ендогенної інтоксикації, а стан антиоксидантної системи крові оцінювали за рів-

нем відновленого глутатіону (ВГ) в еритроцитах та церулоплазміну (ЦП) у сироватці крові за відомими методиками [5, 7]. Статистичну обробку даних проводили методом варіаційної статистики, використовуючи критерій Стюдента (t), за вірогідну вважали різницю середніх при $p < 0,05$ [8].

З метою оцінки ефективності різних методів лікування псоріазу взяті на облік пацієнти розподілені на дві групи, подібні за статтю, віком, клінічною картиною дерматозу: I (порівняльна) – 25 осіб, які отримали препарати базової терапії, та II (основна) група – 22 пацієнти, які на тлі базової терапії отримали лікарський препарат “Глутаргін” із гепатопротекторною, дезінтоксикаційною та антиоксидантною діями.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 47 обстежених хворих на псоріаз у більшості (32 – 68,1 %) осіб діагностовано звичайний (вульгарний) псоріаз, проте практично в кожного третього пацієнта (у 15 осіб – 31,9 %) виявлено ускладнені форми дерматозу (ексудативний псоріаз, артропатичний псоріаз, псоріатична еритродермія) з виразними запальними проявами на шкірі. У всіх пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у більшості (у 42 – 89,4 %) хворих діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 5 (10,6 %) осіб – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI в обстежених осіб на початку лікування склало $23,9 \pm 0,731$.

У більшості (у 36 – 76,6 %) хворих на псоріаз при обстеженні в гастроентеролога виявлено супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту (хронічні гепатити змішаної етіології, хронічний холецистит, хронічний гастродуоденіт, хронічний панкреатит).

Результати визначення у хворих на псоріаз показників оксидантної й антиоксидантної системи крові засвідчили істотні зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу. Так, в обстежених пацієнтів встановлено вірогідне, порівняно з показниками осіб контрольної групи, збільшення (на 50,9 %; $p < 0,001$) в еритроцитах вмісту МА (у хворих на псоріаз – $11,5 \pm 0,321$ мкмоль/л ер.; в осіб контрольної групи – $7,62 \pm 0,496$ мкмоль/л ер.), а в сироватці крові зростання (на 23,6 %; $p < 0,001$) вмісту МСМ (у хворих на псоріаз – $0,267 \pm 0,005$ о.о.г./мл; в осіб контрольної групи – $0,216 \pm 0,003$ о.о.г./мл). Водночас в обстежених

хворих на псоріаз виявлено зміни показників антиоксидантної системи: вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення (на 28,7 %; $p < 0,001$) у сироватці крові рівня ЦП (у хворих на псоріаз – $131,5 \pm 5,34$ мг/л; в осіб контрольної групи – $169,3 \pm 8,92$ мг/л), а в еритроцитах – зниження (на 15,2 %, $p < 0,05$) вмісту ВГ (у хворих на псоріаз – $1,98 \pm 0,064$ мкмоль/мл ер.; в осіб контрольної групи – $2,28 \pm 0,136$ мкмоль/мл ер.).

Таким чином, у хворих на псоріаз встановлено зміни як оксидантної, так і антиоксидантної систем крові. Зростання в еритроцитах вмісту МА – одного з кінцевих продуктів перексидного окиснення ліпідів, свідчить про активацію цих процесів у період загострення псоріатичного процесу на шкірі. Водночас збільшення у сироватці крові вмісту МСМ вказує на формування в пацієнтів стану ендогенної інтоксикації. Вірогідне зменшення в еритроцитах обстежених хворих вмісту ВГ, а в сироватці крові – ЦП, свідчить про зниження активності основних чинників антиоксидантної системи.

З метою оптимізації лікування хворих на псоріаз, зважаючи на наявні в анамнезі захворювання гепатобіліарної системи та виявлені зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, розроблено комплексний метод лікування псоріазу із застосуванням лікарського препарату “Глутаргін” із гепатопротекторною та антиоксидантною діями.

“Глутаргін” – вітчизняний препарат гепатопротекторної дії, який складається з ряду амінокислот і відноситься до ортомолекулярної медицини (засоби якої є складниками людського організму). “Глутаргін” відіграє важливу роль у забезпеченні біохімічних процесів нейтралізації та виведення високотоксичних метаболітів обміну азотних речовин. Водночас “Глутаргін” позитивно впливає на процеси енергозабезпечення гепатоцитів, нормалізує про- й антиоксидантну системи крові. Таким чином, “Глутаргін” виявляє гепатопротекторну, дезінтоксикаційну та антиоксидантну дії [9].

У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на дві групи: І (порівняльна) група – 25 пацієнтів, які отримали препарати базової терапії дерматозу (седативні, гіпосенсибілізуювальні, дезінтоксикаційні, антигістамінні, гепатопротектори, вітамінні препарати та засоби зовнішньої терапії залежно від стадії та клінічних проявів дерматозу) згідно із “Протоколом надання медичної допомоги хворим на псоріаз” (Наказ МОЗ України №312 від 08.05.2009 р.) [6], та ІІ (основна) група – 22 пацієнти, яким на тлі базової терапії призначали гепатопротекторний препарат “Глутаргін” по 1 таблетці (0,25 г) 3 рази на добу впродовж 3-4 тижнів.

Ефективність лікування хворих на псоріаз із застосуванням базової та комбінованої (із додатковим застосуванням гепатопротекторного та антиоксидантного препарату “Глутаргін”) терапії оцінювали за динамікою клінічних проявів дерматозу (зменшення та припинення свербіжів, покращання сну, швидкість регресу еритематозних та інфільтра-

тивних проявів у ділянці висипки), тривалістю лікування, ступенем зменшення індексу PASI.

Як засвідчили дані клінічних спостережень, у хворих на псоріаз основної групи, які на тлі базової терапії отримували гепатопротекторний препарат “Глутаргін”, уже на 3-4-й день зменшилося відчуття свербіжів, покращився сон, а на 6-7-й день відзначено зменшення ознак гіперемії та інфільтрації в ділянці папул. Також встановлено, що включення в комплексне лікування хворих на псоріаз гепатопротекторного засобу “Глутаргін” із антиоксидантною дією вірогідно скорочує (у середньому на 3,1 ліжко-дня) терміни лікування пацієнтів основної групи порівняно з пацієнтами І порівняльної групи, які отримали лише препарати базової терапії дерматозу (відповідно: $22,1 \pm 0,62$ та $25,2 \pm 0,43$ ліжко-дня, $p < 0,01$)

Наприкінці лікування відзначено зменшення показника індексу PASI у хворих на псоріаз обох груп, однак найбільш істотне зменшення індексу PASI встановлено в пацієнтів основної групи (на 76,2 %) порівняно з хворими на псоріаз, які отримали лише засоби базової терапії (на 61,4 %), що склало вірогідну ($p < 0,05$) різницю між показниками індексу PASI основної та порівняльної груп.

Аналіз динаміки показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу наприкінці лікування у хворих на псоріаз порівняльної групи вірогідних змін не виявив. Водночас у хворих на псоріаз основної групи, яким додатково призначали гепатопротекторний препарат “Глутаргін”, відзначено вірогідне зменшення показників оксидантної системи крові – МА (на 12,5 %; $p < 0,01$) та МСМ (на 15,8 %; $p < 0,05$), а також зростання активності одного з показників антиоксидантної системи крові – ЦП (на 11,4 %, $p < 0,05$), що свідчить про нормалізуючий вплив гепатопротекторного препарату “Глутаргін” на оксидантно-антиоксидантний гомеостаз цих пацієнтів.

Важливо також відзначити, що всі хворі на псоріаз основної групи перенесли прийом препарату “Глутаргін” добре, без розвитку ускладнень чи побічних реакцій.

Висновок

Застосування в комплексному лікуванні псоріазу гепатопротекторного препарату “Глутаргін” покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою є визначення впливу комплексної терапії псоріазу із застосуванням препарату “Глутаргін” на показники функції гепатобіліарної системи пацієнтів, а також віддалені наслідки лікування даного дерматозу.

Література

1. Галникіна С.О. Ефективність поєданого застосування Діаформіну та Кверцетину в лікуванні хворих на дисемінований псоріаз з метаболічним синдромом / С.О. Галникіна,

- М.В. Козлова // Ліки України. – 2011. – № 1. – С. 82-86.
2. Денисенко О.І. Окисна модифікація білків як чинник патогенезу псоріазу / О.І. Денисенко, А.В. Приймак: Тези допов. X Конгресу світової федерації українських лікарських товариств (26-28 серпня 2004 р.). – Чернівці, 2004. – С. 429.
 3. Калюжна Л.Д. Гепатопротектори в комплексній терапії при хронічних дерматозах / Л.Д. Калюжна, О.О. Ошівалова // Укр. ж. дерматол., венерол., косметол. – 2011. – № 2 (41). – С. 65-67.
 4. Клинико-экономический анализ применения устекинумаба (стелара) у пациентов с тяжелыми клиническими формами псориаза / М. Сура, М. Авксентьева, В. Омеляновский [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2011. – № 3. – С. 63-69.
 5. Колб В.Г. Справочник по клинической химии / В.Г. Колб, В.С. Камышников. – Минск: Беларусь, 1982. – 290 с.
 6. Кутасевич Я.Ф. Современный взгляд на проблему псориаза / Я.Ф. Кутасевич // Дерматол. та венерол. – 2002. – № 2 (16). – С. 3-11.
 7. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Под. ред. В.В. Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – С. 149-312.
 8. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: Морион, 2002. – 160 с.
 9. Мавров І.І. Глутаргін – новий український лікарський препарат / І.І. Мавров // Дерматол. та венерол. – 2005. – № 3 (29). – С. 49-51.
 10. Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дермато-венерологічні захворювання”.
 11. Притуло О.А. Терапия NB-UVB (311 нм) как современный патогенетически обоснованный метод коррекции системного воспаления у больных псориазом / О.А. Притуло // Укр. ж. дерматол., венерол., косметол. – 2012. – № 1 (44). – С. 19-23.
 12. Федоренко О.Є. Клінічний досвід терапії псоріазу / О.Є. Федоренко // Укр. ж. дерматол., венерол., косметол. – 2012. – № 1 (44). – С. 59-62.
 13. Alsufyani M.A. Psoriasis and the metabolic syndrome / M. A. Alsufyani, A. K. Golant, M. Lebwohl // Dermatol. Therapy. – 2010. – Vol. 23, № 2. – P. 137-143.
 14. Ashcroft D.M. Trade-offs between the benefits and risks of drug treatment for psoriasis: a discrete choice experiment with U.K. dermatologists / D.M. Ashcroft, E. Seston, C.E. Griffiths // Brit. J. Dermatol. – 2006. – Vol. 155, № 6. – P. 1236-1241.
 15. Naldi L. Epidemiology of comorbidities in psoriasis / L. Naldi, S.R. Mercuri // Dermatologic Therapy. – 2010. – Vol. 23, № 2. – P. 114-118.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЛУТАРГИНА

М.Ю. Гаевская

Резюме. В статье представлены результаты применения в комплексной терапии больных псориазом лекарственного препарата «Глутаргин», который обладает гепатопротекторным, дезинтоксикационным та антиоксидантным действием, что способствует улучшению клинических результатов лечения дерматоза, а также нормализации показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза пациентов.

Ключевые слова: псориаз, лечение, глутаргин.

OPTIMIZATION OF TREATING PSORIASIS, USING GLUTARGIN

M.Yu. Haievs'ka

Abstract. The paper presents the results of using a therapeutic agent “Glutargin”, in a course of multimodality treatment in patients with psoriasis which possesses a hepatoprotective, disintoxicating and antioxidant actions, contributing to an improvement of clinical consequences of treating dermatosis, as well as a normalization of the indices of patients' oxidant-antioxidant homeostasis.

Key words: psoriasis, treatment, glutargin.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. В.Ф. Мислицький

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 32-34

Надійшла до редакції 03.07.2012 року